

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Emile RIVÉ

Né à Trélazé, le 26 février 1906

**CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DES KYSTES
DU GRAND ÉPIPLOON**

(Kystes hydatiques exceptés)

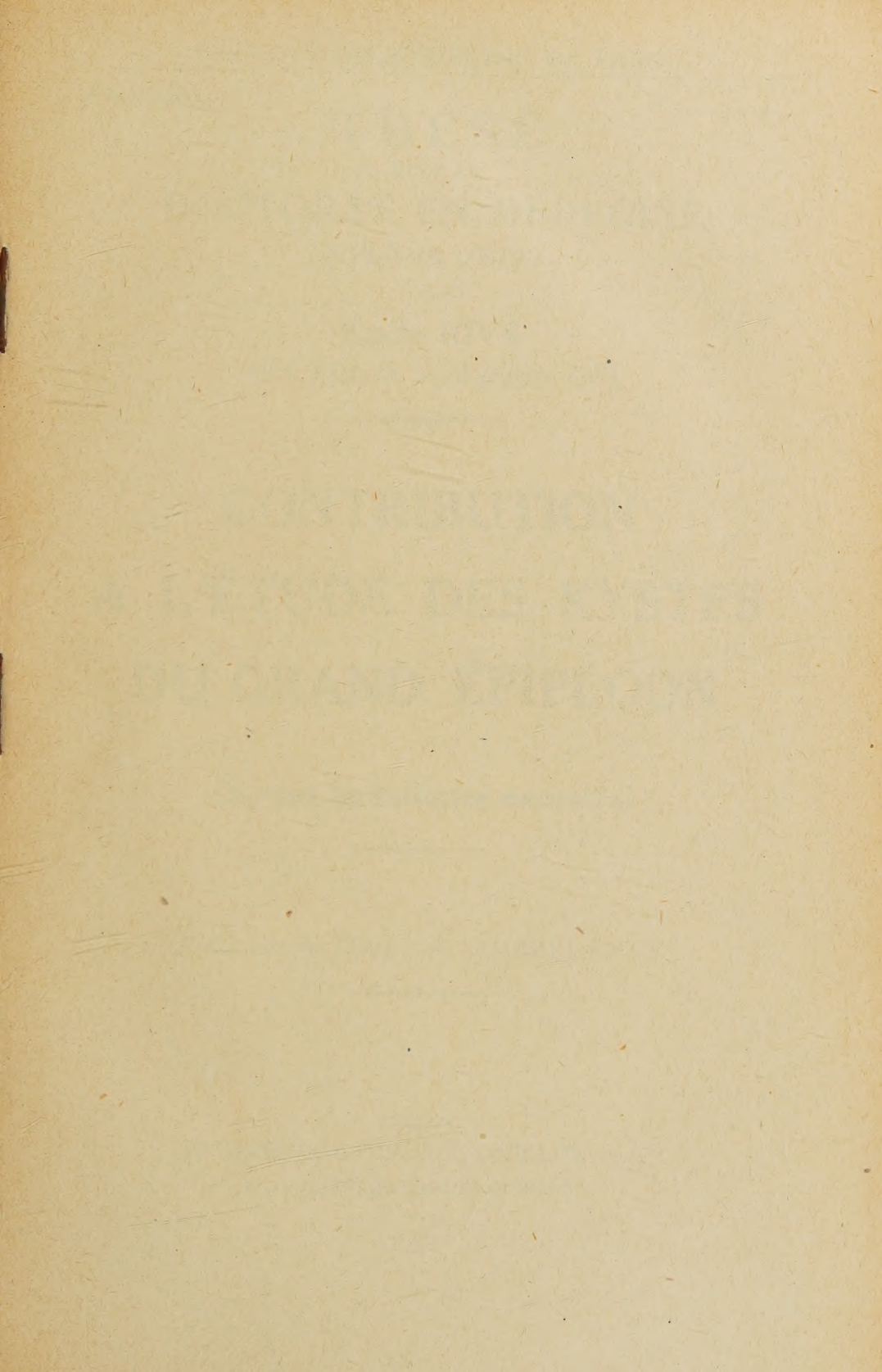
Président de Thèse : M. OMBRÉDANNE

ANGERS

IMPRIMERIE CAILLAUD, ONILLON et C^{ie}

21, BOULEVARD GASTON-DUMESNIL

1932



THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Émile RIVÉ

Né à Trélazé, le 26 février 1906

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DES KYSTES
DU GRAND ÉPIPLOON

(Kystes hydatiques exceptés)

Président de Thèse : M. OMBRÉDANNE

ANGERS

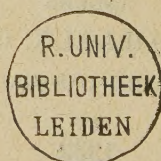
IMPRIMERIE CAILLAX, ONILLON et C^{ie}
21, BOULEVARD GASTON-DUMESNIL

—
1932

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... M. BALTHAZARD

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.....	DEL BET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique.....	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale.....	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	LEMAITRE.
Clinique propédeutique.....	PIERRE DUVAL.
Clinique de la Tuberculose.....	SERGENT.
Professeur sans chaire.....	LÉON BERNARD.
	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie chirurgicale.....	BROCO.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie	HOVELACQUE.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiatrie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Histologie	MILLOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUÉNU.
Physiologie	RICHET Fils.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie médicale.....	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur).
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophtalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Obstétrique	} GUENIOT. LEQUEUX. LEROUX. NEVEU-LEMAIRE. RETTNER. ZIMMERN.
Anatomie pathologique.....	
Parasitologie	
Histologie	
Physique	

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.

Clinique médicale.....	ABRAMI.
Clinique médicale.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	DEBRÉ.
Clinique médicale.....	DUVOIR.
Clinique chirurgicale.....	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale.....	BASSET.
Clinique chirurgicale.....	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale.....	MATHIEU.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	PROUST.
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.
Clinique chirurgicale.....	LE LORIER.
Clinique obstétricale.....	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale.....	METZGER.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, profes- seur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MES GRANDS PARENTS

A MON PERE

Témoignage d'affection et de reconnaissance

A MA FEMME, A MON FILS

A MA SŒUR, A MON FRERE

Meis et amicis

A MES MAITRES DE LA FACULTE
DE MEDECINE DE PARIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MEDECINE
ET DE L'HÔTEL-DIEU D'ANGERS

A M. le Docteur THOUVENIN
PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS
CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU

*En reconnaissance de son ensei-
gnement et de ses bienveillants
conseils.*

A M. le Professeur OMBRÉDANNE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

Nous éliminons de ce travail les kystes hydatiques du G. E. qui ont déjà fait l'objet de plusieurs études. Nous éliminons de même les kystes épiploïques que l'on a pu constater dans les sacs herniaires. Nous éliminons enfin les kystes épiploïques secondaires qui sont le plus souvent des greffes de kystes ovariens détachés par torsion de leurs connexions habituelles.

Nous n'étudierons donc que les kystes :

intra-abdominaux,

primitifs.

non-hydatiques,

C'est la première fois, à notre connaissance, qu'on ait entrepris une étude d'ensemble ainsi limitée. Nous avons cherché, dans la littérature médicale, les différents cas publiés. Malgré de nombreuses recherches, nous n'avons pu trouver que 37 cas, assez disparates, d'ailleurs, dont nous résumons les observations à la fin de ce travail.

Après avoir essayé de les classer selon leur aspect macroscopique, l'examen histologique faisant, en effet, souvent défaut, nous étudierons les caractères anatomiques des différentes variétés. Nous étudierons en-

suite les différentes théories *pathogéniques* qui furent proposées pour en expliquer la genèse.

Puis après les avoir séparées, nous les réunirons pour n'envisager que le kyste du grand épiploon en tant que tumeur liquide abdominale. Nous la placerons dans l'abdomen. Nous étudierons les différents *sièges* qu'elle y peut occuper, la manière dont la cavité péritonéale la loge et la supporte.

Nous étudierons, alors, son *aspect clinique* et, partant, les *erreurs* auxquelles elle peut prêter.

Nous étudierons ensuite les *complications* possibles de ces tumeurs, les dangers auxquels elles exposent, leur *pronostic*, et partant, l'utilité du *traitement* toujours chirurgical qu'il leur faut opposer.

CLASSIFICATION

Nous étudierons tout d'abord les kystes du G. E. au point de vue anatomique et pathogénique.

Leur étude anatomique nous permet de les classer en deux grands groupes :

Les *vrais kystes*,

Les *faux kystes*.

Les *vrais kystes* se subdivisent en :

1° Kystes *dermoïdes*, dont nous avons relevé 8 cas, (observations I à VIII).

2° Kystes *séreux* dont nous avons relevé 9 cas, (observations IX à XVII).

3° Kystes *hématiques vrais* (kystes séreux devenus hématiques), dont nous rapportons 12 cas (observations XVIII à XXIX) qui sont soit uniloculaires (9 cas) soit multiloculaires (3 cas).

Les *faux kystes* se subdivisent en :

1° Kystes *hématiques faux*, dont nous avons relevé 8 cas (observations XXX à XXXVII) qui sont ou bien des tumeurs ayant subi la transformation kystique (2 sarcomes, un endothéliôme) ou bien des hématômes enkystés (5 cas).

2° *Inflammatoires*, par enkystement de corps étranger, dont nous présentons un cas, qui est l'objet de notre observation personnelle.

Nous résumons d'ailleurs cette division dans le tableau suivant :

Vrais Kystes	{	K. dermoïdes.					
		K. séreux	{	uniloculaires			
				multiloculaires			
{	K. hématiques vrais	{	uniloculaires				
			multiloculaires				
Faux Kystes	{	a)	Kystes hématiques faux	{	Tumeurs ayant subi	{	sarcôme
					la transformation		endothéliôme
		{	Hématômes enkystés	kystique			
{	b)	Kystes inflammatoires (par enkystement de corps étranger).					

ETUDE ANATOMIQUE ET PATHOGENIE

KYSTES DERMOÏDES

Dans ce groupe de tumeurs rares que forment les kystes du G. E., les kystes dermoïdes tiennent la plus petite place: c'est dire leur infinie rareté. Nous n'avons pu en trouver dans la littérature médicale que 7 cas.

Dans 3 cas (Ruysh, Taruffi, Lipscher), il s'agit d'un kyste dermoïde banal, contenant des matières sébacées, et des poils, de volume variant d'un œuf à celui d'une tête d'enfant.

Dans 1 cas (Webb Johnson), il s'agit d'une tumeur mixte avec une portion kystique, contenant une masse de cheveux et de sébum, et une autre partie dure, osseuse, calcifiée.

Dans 1 cas enfin (Highmore), il s'agit d'un véritable tératome, d'une poche volumineuse contenant non seulement des matières sébacées, des poils et des dents, mais un membre inférieur avec six orteils difformes, deux membres supérieurs, un rachis, un intestin.

Nous n'avons pas l'intention d'étudier ici la pathogénie de ces kystes, ni d'envisager les différentes théories proposées pour en expliquer la genèse. Cette étude se confond avec celle des *kystes dermoïdes en général*.

Qu'il nous suffise de savoir que l'on peut rencontrer des kystes dermoïdes dans le G. E. On sait d'ailleurs,

qu'on peut en rencontrer un peu partout dans l'organisme, et ceci semble en faveur de la fameuse théorie blastomérique, qui semble d'ailleurs, actuellement réunir tous les suffrages, et qui voit dans ces kystes dermoïdes, des *embryomes*.

Au début du développement de l'œuf, un groupe cellulaire reste en sommeil. Il se réveille un jour, et de ce réveil résulte une tumeur qui est un embryome.

Suivant le moment où ce groupe cellulaire « endormi » s'inclut dans le reste de l'œuf, on aura des tumeurs de complexité différente. S'il s'agit d'une simple inclusion de cellules de l'ectoderme au stade de la gastrula, on aura un kyste composé exclusivement d'éléments ectodermiques: c'est le kyste dermoïde simple, sac de peau contenant des matières sébacées et des poils.

Si le groupe cellulaire s'inclut à une période plus précoce, au stade de la morula, avant la différenciation des feuilletts, son réveil pourra donner naissance à une tumeur contenant les tissus les plus variés: une tumeur mixte (comme dans le cas de Webb Johnson) ou même (comme dans le cas d'Highmore) un véritable tératome.

Cette théorie explique en tout cas comment on peut trouver des kystes dermoïdes composés d'éléments exclusivement ectodermiques, loin de l'enveloppe cutanée de l'organisme, en pleine cavité abdominale, dans l'épaisseur d'un organisme exclusivement mésodermique: l'épiploon.

KYSTES SÉREUX

Ce sont de beaucoup les plus fréquents, nous dirons même que le kyste de l'épiploon typique, classique est un kyste séreux. Car sans empiéter sur le chapitre suivant, il importe de marquer dès à présent que les kystes hématiques, lesquels parmi les observations que nous apportons paraissent les plus nombreux, ne sont en réalité que des kystes séreux dont le contenu est devenu secondairement hématique.

Il y a deux sortes de kystes séreux de l'épiploon :

- 1^o des kystes uniloculaires;
- 2^o des kystes multiloculaires.

I. — *Kystes uniloculaires*

C'est une poche :

1^o plus ou moins volumineuse, ayant depuis le volume d'un œuf jusqu'à celui des plus gros kystes de l'ovaire.

2^o mince, transparente, translucide, dans certaines observations, semblant presque réduite à un mince feuillet séreux; d'autres fois fibreux, opaque, blanc bleuté, souvent très vasculaire. Ceci s'explique, sans doute par la richesse vasculaire de la gangue épiploïque qui l'enveloppe ou qui lui forme un large pédicule, et ceci explique la fréquence des hémorragies qui se produisent dans ces kystes, et qui les feront rentrer dans la classe suivante.

Par ailleurs la *poche* est lisse, régulière, ovoïde, en général à grand axe vertical, légèrement aplatie d'avant

en arrière entre la paroi et l'intestin quand elle est peu volumineuse; — se moulant presque dans la cavité abdominale toute entière quand elle est très volumineuse — surtout chez l'enfant très jeune à parois abdominales élastiques, refoulant en arrière l'intestin, s'étalant dans les flancs, remplissant la cavité pelvienne comme une ascite.

Le *liquide* est en général un liquide clair, citrin, plus rarement foncé (Hearn, Obs. XI) verdâtre (Boyd, Obs. XII) ayant une composition voisine du plasma (chlorures, albumine, etc...), contenant parfois une grande quantité de cholestérine (Jeset, Obs. X).

La *paroi interne* est lisse, brillante, n'offre que rarement des végétations ou des cloïsons tendant à diviser le kyste (Pybus, Obs. XIV).

L'*examen histologique* manque dans la plupart des observations. Dans l'observation de Pybus (Obs. XIV), on trouva une trame fibreuse, sans épithélium; dans l'observation de Brandt (Obs. XX), une seule couche de cellules épithéliales; dans l'observation de Seefish (XXIV) concernant d'ailleurs un kyste séreux devenu hématique, la paroi consiste en un tissu conjonctif, recouvert sur ses deux faces d'un endothélium, à type péritonéal.

II. — *Kystes multiloculaires*

Le kyste multiloculaire est bosselé, irrégulier. A l'opération de la petite malade de Marfan (Obs. XX), le kyste apparut sous la forme d'une poche ressemblant « à un agglomérat d'anses intestinales dilatées et enflammées ».

D'autres fois on trouve à la place de l'épiploon une

masse formée d'une multitude de petits kystes de volume variable, remplis de liquide gélatineux avec très peu de tissu graisseux épiploïque intermédiaire (Gransman, Obs. XVII).

D'autres fois à côté d'un gros kyste uniloculaire une centaine de petits kystes formaient une masse multiloculaire. Hearn opère un enfant de 8 ans d'un kyste pesant 50 livres, d'un liquide verdâtre et contenant au milieu de nombreux autres kystes.

D'autres fois enfin, c'est une agglomération de kystes non réunis par une coque commune et glissant les uns sur les autres (Rouffart, Obs. XIV).

Pathogénie

Plusieurs hypothèses peuvent venir à l'esprit pour expliquer les kystes séreux du G. E.

1^o Le G. E., ne l'oublions pas, est primitivement une cavité endothéliale, prolongement de la bourse mésogastrique. C'est la partie virtuelle de l'arrière cavité des épiploons. Le G. E. est un accolement de 4 feuillets endothéliaux. Supposons que ces 4 feuillets soient insuffisamment accolés, il persistera des cavités virtuelles, qui sous l'influence de causes indéterminées, peut-être inflammatoires chroniques, peuvent se remplir d'exsudat et devenir une ou plusieurs poches kystiques.

Les kystes du G. E. auraient ainsi une origine assez analogue à celle des kystes du cordon dûs à la persistance et à l'exsudation du canal vagino-péritonéal. Cette pathogénie semble s'appliquer à certains cas et trouver dans l'examen histologique une sorte de vérification

(Seefish, Obs. XXIV). La paroi du kysté était recouverte sur ses deux faces d'un endothélium ressemblant à l'endothélium péritonéal.

Il est vraisemblable que certains kystes *uniloculaires* puissent avoir cette origine.

Mais cette pathogénie ne saurait s'appliquer à la plupart des cas, notamment quand il s'agit d'un kyste *multiloculaire*.

2° Fisher envisage une seconde pathogénie. Une fibrose inflammatoire de l'épiploon due à une infection chronique, non pas locale, mais générale, hémato-gène, venue par voie sanguine d'un foyer plus ou moins lointain. (Exemple: amygdalite chronique).

Cette transformation fibreuse produirait la stase et l'obstruction des vaisseaux lymphatiques, d'où formation de kystes, lesquels une fois formés agiraient par leur poids et leur traction sur l'épiploon pour en augmenter l'évolution fibreuse.

Le kyste multiloculaire de l'épiploon serait en somme une distension énorme acquise, inflammatoire des vaisseaux lymphatiques de l'épiploon: une lymphangiectasie.

3° Une troisième pathogénie est envisagée par Rouffart à propos de l'observation qu'il publie (Obs. XV). Il s'agirait pour cet auteur d'une hypertrophie colossale des éléments constitutifs de l'épiploon de même nature que celle de ces bourgeons pédiculés pluricellulaires de l'épithélium, bourgeons qu'on observe parfois flottant librement dans la cavité péritonéale. Ces bourgeons sont considérés comme le produit d'une prolifération épithéliale localisée, liée à une inflammation légère de la séreuse, inflammation qui, chez la malade dont il publie l'observation pourrait bien être en rapport avec

la présence d'un fibrome utérin et de l'appendicite chronique.

M. Rouffart base sa théorie sur l'examen histologique de la masse polykystique enlevée: « cavités kystiques remplies de liquide séreux, clair, incolore, tapissées par des cellules cylindriques disposées en une seule couche régulière; parois formés d'une membrane conjonctive plus ou moins épaisse de tissu réticulé lâche, à cellules allongées, souvent étoilées, le plus souvent fusiformes, formant des mailles dans lesquelles se trouve un liquide dépourvu d'éléments figurés. On n'y trouve ni globules blancs, ni granulations graisseuses. Ça et là se rencontrent des vaisseaux délicats ou à lumière très large dont la caractéristique est d'être à parois très minces constituées d'un tissu conjonctif un peu plus dense que le reste de la membrane. Le revêtement épithélial de la surface kystique est plus ou moins cylindrique, atypique, généralement dégénéré.

Le côté péritonéal est recouvert d'une fine membrane cellulaire qui a perdu les caractères du péritoine. Il n'y a aucune trace d'infiltration inflammatoire, ni de névrose.

On pourrait objecter à M. Rouffart, contre cette pathogénie suivant laquelle le kyste aurait peu ou prou une origine ou tout au moins un point de départ inflammatoire, l'examen même sur lequel il la base. Car on n'y peut manquer d'être frappé par cette absence des réactions histologiques ordinaires de l'inflammation.

On peut surtout penser que même si cette origine inflammatoire des kystes de l'épiploon est possible, elle ne saurait convenir qu'à un nombre très restreint de cas.

En effet, dans tous les autres cas où l'examen histologique fut pratiqué: *la tumeur kystique multiloculaire était un lymphangiome.*

C'est cette pathogénie qui nous paraît la plus vraisemblable. Les kystes multiloculaires séreux de l'épilon sont des *lymphangiomes* et paraissent au même titre que les kystes dermoïdes, des *kystes congénitaux, des embryomes.*

Peut-être au sein du tissu mésenchymateux non encore différencié, où sommeillent les cellules incluses au cours du développement de l'embryon, une inflammation surtout d'origine chronique, jouerait-elle un certain rôle pour les faire sortir de leur léthargie. Serait-ce l'inflammation qui serait le coup de baguette magique, la cause occasionnelle du développement des kystes?

Mais c'est là le problème de genèse de toutes les tumeurs néoplasiques congénitales.

KYSTES HEMATIQUES

Ce que nous venons de dire des kystes séreux, nous permettra d'être assez rapide dans l'étude des kystes séreux. Les kystes hématiques sont le plus souvent des kystes séreux qui ont saigné. On ne les distingue seulement que par la nature du liquide, liquide plus ou moins hématique.

Le liquide est dans certaines observations seulement hématique clair (Rochard, Obs. XXVI). D'autres fois noir foncé, d'autres fois brun foncé, chocolat épais (Péan, Obs. XVIII).

Mais à part ce caractère du liquide dû à une hémorragie intra-kystique, l'aspect de la tumeur est le même

que celui des kystes uni ou multiloculaires séreux étudiés dans le précédent chapitre, et toutes les considérations anatomiques et pathogéniques que nous avons envisagées à propos de ces kystes s'appliquent aussi aux kystes hématiques.

Nous ajouterons seulement que la proportion des kystes séreux devenus hématiques est plus grande que celle des kystes restés séreux. Les observations que nous en avons recueillies sont plus nombreuses. Peut-être est-ce que la transformation hématique du kyste, augmentant assez rapidement le volume de la tumeur, attire davantage l'attention du malade sur une affection jusqu'alors méconnue?

Nous trouvons également que les kystes hématiques uniloculaires apparaissent plus nombreux que les kystes multiloculaires. Les 2/3 des observations recueillies par Oberlin concernent des kystes uniloculaires. Serait-ce que l'hémorragie dans un kyste uniloculaire est plus fréquente et surtout plus importante, attirant donc davantage l'attention sur l'existence de la tumeur.

A quelle cause peut être due cette hémorragie? Nous avons noté que, assez souvent, la paroi du kyste séreux est très vascularisée. L'épiploon est un organe très riche en vaisseaux. La situation du kyste, sa mobilité le rendent extrêmement vulnérable. Et il est bien probable que même si le traumatisme n'a pas été remarqué (traumatisme minime, exploration du ventre), ces hémorragies sont d'origine traumatique. Mais le traumatisme est indiscutable dans certaines observations. Exemple cette *observation typique de Rochard* (XXVI).

Un homme de 23 ans faisant un effort considérable pour soulever un moteur qu'il appuyait contre lui, ressent brusquement une douleur dans le ventre. La dou-

leur s'atténue rapidement. Il ne s'en inquiète pas. Il n'y pense plus, quand 2 jours après il est pris d'un malaise général, et le lendemain on lui trouve des signes nets d'une tumeur liquide du ventre. Dix jours plus tard à l'intervention on trouve un gros kyste du G. E., contenant un liquide séro-hématique clair.

A côté des kystes hématiques vrais (kystes séreux devenus hématiques), il faut signaler des *tumeurs devenues kystiques*, Oberlin en rapporte 3 cas: un cas de Simon (Obs. XXX) et un cas de Keen (Obs. XXXI), qui sont des sarcomes du G. E., mais dont la transformation kystique a été si intense, si rapide, que macroscopiquement l'aspect à l'ouverture du ventre était dans les 2 cas celui d'un kyste hématique de l'épiploon.

Dans un 3^e cas (Hasbrouck, Obs. XXXII) la tumeur kystique contenait de nombreux petits kystes et une grande quantité de caillots de sang. Mais une coupe de la paroi montra qu'il s'y trouvait un *endothélium* ou mieux un *mésothélium*. Les cellules montraient une tendance à se disposer en colonnes, encerclant les vaisseaux sanguins dont elles paraissaient tirer leur origine; le stroma fibreux est très vasculaire et ressemble à celui qu'on trouve dans un sarcome.

Laissant de côté ces cas exceptionnels de tumeurs malignes prenant une allure kystique dont la rapidité pourrait déjà trancher la vraie nature en attendant que l'examen histologique la vienne confirmer, nous pouvons résumer:

Rarement *dermoïdes*, presque toujours *séreux*, uni ou multiloculaires, mais subissant souvent la *transformation hématique*, le plus souvent *congénitaux*, et histologiquement *bénins*, telle est l'histoire anatomique des kystes vrais du grand épiploon.

Telle du moins, paraît-elle se dégager de l'étude des différentes observations que nous avons recueillies.

FAUX KYSTES

A côté de ces vrais kystes, il convient d'étudier maintenant les faux kystes.

Il y a d'abord des faux *kystes hématiques*, lesquels ne sont que des hématômes enkystés, puis des faux *kystes inflammatoires* développés autour d'un corps étranger.

I. Faux kystes hématiques

Ce ne sont que des hémorragies intra-abdominales enkystées par le G. E., ou bien des hémorragies intra-épiploïques enkystées.

Ces hémorragies peuvent être spontanées ou traumatiques.

1^o *Spontanées.* — Un exemple typique de ces faux kystes hématiques se trouve dans l'observation de Gallemaerts (Obs. XXXIV), concernant une femme de 76 ans. Une artère athéromateuse du G. E. se rompt brusquement. La malade fait une hémorragie épiploïque à la manière dont elle aurait pu faire une hémorragie cérébrale. Le sang s'épanche entre les deux feuillets de l'épiploon. On trouve à l'autopsie une poche hématique de coloration bleuâtre et dépendant de l'épiploon. A la coupe elle apparaît comme un kyste divisé en loges de différentes tailles contenant toutes des caillots englobés

d'une masse bibruse. Dans cette masse fibreuse on trouva l'athérome vasculaire.

2° *Traumatiques*. — Un exemple typique de faux kyste hématique du G. E. se trouve dans l'observation de P. Duval recueillie par Oberlin (Obs. XXXVII). Un homme de 27 ans est serré entre les tampons de deux wagons. Il perd connaissance. On le transporte à l'hôpital d'urgence. Les jours suivants l'abdomen augmente progressivement de volume, 15 jours après une ponction est pratiquée, on retire 2 litres de liquide hématique. Le malade reprend sa vie normale, 5 mois après on constate un kyste abdominal. Le Professeur Duval l'opère et trouve un volumineux kyste hématique de l'épiploon. Le G. E. n'existe pas. La tumeur en avait pris le siège et les connexions. La section du kyste donne issue à un liquide noirâtre et visqueux. L'examen histologique montre une paroi constituée par une bande épaisse fibreuse. Pas de revêtement épithélial interne. Contenu gélatineux étant formé d'un dépôt important de globules rouges.

La genèse des accidents est nette. Il y a eu à la suite d'un traumatisme violent, une hémorragie épiploïque. Le sang s'épanche dans l'épiploon et en dehors de lui. Le sang épanché dans la cavité abdominale s'est résorbé. Le sang épanché entre les 2 feuillets du G. E. s'enkyste et constitue peu à peu une tumeur appréciable cliniquement.

II. Faux kystes inflammatoires autour d'un corps étranger

M. Thouvenin nous communique l'observation suivante.

En février 1930, je reçois à ma consultation la visite

d'un homme jeune, M. L..., 30 ans, présentant une tumeur hypogastrique et dont le passé chirurgical m'apparaît assez chargé. La paroi abdominale porte, en effet, des cicatrices nombreuses et de différents âges. Il fut d'abord opéré, en 1926, d'appendicite, puis quelques temps après, de l'estomac. Je ne puis préciser, d'ailleurs, ce que le chirurgien ou mieux les deux chirurgiens différents qui l'opérèrent successivement lui trouvèrent et lui firent, ce que je sais, c'est qu'aux deux fois il fut opéré pour des douleurs abdominales aiguës, accompagnées de température. Il avait guéri sans incident de ces deux interventions et repris ensuite sa vie normale pendant près de deux ans.

En 1928, des crises abdominales réapparurent, mais différentes de celles qui l'avaient amené à se faire opérer. Des douleurs abdominales droites, à irradiation lombaire, sans température, sans vomissement, sans constipation, ressemblant assez à des crises de coliques néphrétiques, aussi douloureuses qu'elles et nécessitant des piqûres de morphine. Ces crises se répétant à des intervalles de plus en plus rapprochés, le médecin de ce malade lui conseilla d'aller consulter un chirurgien. Il vit un troisième chirurgien qui pensa à de lithiase rénale, l'opéra, lui fit, paraît-il, une néphropexie pour hydronéphrose intermittente. Ce qui est certain, c'est que les crises disparurent, quand en décembre 1929, il commença à sentir une gêne, une pesanteur dans l'hypogastre avec besoin fréquent d'uriner; faux besoin, ténésme, cystalgie. Les urines sont claires. Le cathétérisme montre qu'il n'y a pas de rétention chronique. La cystoscopie montre une vessie saine. Mais peu à peu apparaît une tuméfaction hypogastrique, rénitente, indolore. L'état général n'est pas affecté. Il n'a pas de

température. Le malade va consulter un spécialiste d'une grande ville voisine qui fit faire une radiographie, laquelle montra l'ombre d'une tumeur abdominale, et fit le diagnostic de tumeur, peut être sarcome, de la cavité de Retzius et conseilla une intervention. Et telle était résumée l'histoire de ce malade, quand il vint me trouver en février 1930, c'est-à-dire trois mois seulement après l'apparition des premiers phénomènes pelviens et deux mois à peine après celle de la tumeur abdominale.

A l'examen, sous la paroi abdominale balafrée d'un homme robuste et un peu obèse, la tumeur s'impose dès le premier coup d'œil. C'est une tumeur hypogastrique, médiane, ovulaire, symétrique, rénitente, entièrement mate à la percussion, indolore, ressemblant à tous points à une vessie distendue jusqu'à l'ombilic. Je fis aussitôt un cathétérisme de l'urètre. Le malade venait d'uriner. La vessie était vide. Au toucher rectal, je sens, à bout de doigt, le pôle inférieur de la masse et par le toucher bi-manuel, je me rends compte d'abord de sa rénitence indiscutable, de son indolence absolue, de son enclavement dans la cavité pelvienne, de la netteté de ses contours. Cette tumeur me paraît avoir le volume d'une tête d'enfant. Elle n'est pas immobile, mais je ne peux pas la refouler dans le ventre. Elle reste amarée au petit bassin.

Par ailleurs, je ne constate rien d'anormal. L'état général me paraît satisfaisant. Cet homme n'a pas de température. Son appétit est bon. L'intestin fonctionne normalement. Je ne note, dans son passé *pré-opératoire*, aucun précédent pathologique.

J'avoue que j'étais fort embarrassé pour faire un

diagnostic puisqu'aussi bien aucun symptôme fonctionnel ne venait m'éclairer. Il y avait bien des symptômes fonctionnels vésicaux, mais la vessie m'apparaissait saine et les phénomènes vésicaux n'étaient évidemment que des troubles de compression. L'intestin apparaissait vraiment trop normal pour qu'on pût envisager une tumeur intestinale de cette envergure, et vraiment n'existaient à côté de cette tumeur étrange, que cette pesanteur abdominale continue, à vrai dire, fort naturelle, étant donné le volume de la tumeur et tout ce passé opératoire (appendicectomie, intervention sur l'estomac, intervention sur le rein). Je ne fis pas de diagnostic. Cette hypothèse de tumeur de la cavité de Retzius, posé par un chirurgien d'une ville voisine, ne me satisfaisait guère. J'avais la sensation d'une tumeur relativement fixe, mais d'une tumeur franchement rétro-pariétale, intra-abdominale.

Pratiquement, j'opérai ce malade dans l'incertitude complète de ce que j'allais trouver.

Intervention. Clinique St-Martin-la-Forêt, 20 mars 1930. Aide D^e Canonne.

Anesthésie éther.

J'incisais très prudemment la paroi sur la ligne médiane. J'ouvris le péritoine. La tumeur était dans le ventre, et le diagnostic de tumeur pariétale de la cavité de Retzius, de ce seul fait, écarté. La tumeur n'apparaissait d'ailleurs, pas nettement d'emblée. Des anses intestinales la masquaient en partie. Elles sont peu adhérentes. Je les écarte doucement. La tumeur se dégage, mais elle est surplombée par le colon et le mésocolon pelvien. Des adhérences molles et larges l'unissent au

méso. Je les romps facilement. Des adhérences plus serrées l'unissent au colon pelvien au niveau de ses franges épiploïques, des adhérences dont la section saigne, ce qui m'oblige à mettre quelques ligatures. La masse se dégage. Cette tumeur sessile à l'ouverture du ventre semble vouloir se pédiculiser, d'un pédicule, d'ailleurs très large, très diffus. Quelque chose coiffe la tumeur. C'est l'épiploon. La tumeur fait vraiment corps avec lui. L'épiploon l'enveloppe entièrement. Et le pédicule, si pédicule il y a, c'est tout le colon transverse attiré avec la tumeur. On sait combien l'épiploon est vasculaire et combien saigne dès qu'on la traite un peu durement toute cette graisse porte-vaisseaux. Je l'incise entre deux zones parcourues par des veines volumineuses. Je trouve un plan de clivage où je m'engage. A ce moment, la voie est libre. Et j'énuclee, j'extériorise très facilement un kyste de la forme et du volume d'une noix de coco. Je l'attire hors du ventre, en entraînant seulement une gangue épiploïque dont il m'est facile de sectionner le pédicule après deux ou trois ligatures. Suture en trois plans sans drainage.

Suites opératoires normales. Le malade quitte la clinique quinze jours après. J'ai eu de ses nouvelles depuis. Il ne présente plus aucun trouble abdominal ni vésical et déclare se porter le mieux du monde.



Photographie de la pièce
2/3 grandeur naturelle

Examen de la pièce

Grosse masse ovoïde, pesant 830 grammes, régulière et lourde recouverte de fragments épiploïques adhérents à sa surface.

Paroi opaque, blanc rosé. Paroi paraissant assez épaisse, parsemée de nombreux vaisseaux. Celle d'un kyste constitué par une seule poche. Consistance et rénitence d'un kyste dermoïde à contenu très épais.

Aspect général: celui d'un kyste dermoïde.

Et c'est le diagnostic que je porte avant de l'ouvrir.

Je ne l'ouvre pas tout de suite, désirant présenter la pièce non ouverte, à l'une des prochaines séances de la Société de Médecine.

Je laissais la pièce dans le liquide de Kayserling et ne la présentais à la Société de Médecine, qu'en juillet 1931, comme une curiosité, pièce rare d'une affection mal connue: un kyste de l'épiploon, intéressant, non pas tant par sa nature histologique que par les erreurs de diagnostic auxquelles peut prêter ce genre de tumeur.

Ce n'est qu'après la présentation que j'ouvris la tumeur, dans le laboratoire en présence de M. le docteur Papin, Directeur du Laboratoire d'anatomie pathologique de l'Ecole. M. Papin, pensa, comme moi qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde.

Dès l'incision de la paroi, qui était d'une certaine épaisseur, d'une certaine résistance, il s'écoule un liquide gras, épais, ressemblant tout à fait à du liquide sébacé. Le diagnostic semble se confirmer d'un kyste dermoïde du grand épiploon, à ajouter aux six ou sept cas déjà publiés. Pourtant au milieu de ce magma épais, quelque chose m'intrigue. Une pseudo-membrane grasse, gluante,

ratatinée. Serait-ce une masse de poils englués de sébum, et masqués, comme cela se constate parfois à l'ouverture d'un kyste dermoïde. Une mèche de cheveux ne serait-elle pas le squelette de cette pseudo-membrane? On la nettoie. On l'essuie avec un linge. Mais on ne trouve pas les poils, la mèche de cheveux attendus. On dirait vraiment une vraie membrane, épaisse et lisse, qui serait le moule de la cavité, la muqueuse intérieure, qui sous l'effet d'un séjour prolongé de la pièce dans le formol, se serait détachée de la paroi. J'en prélève un fragment, en vue d'un examen histologique. Elle donne aux ciseaux l'impression d'une membrane.

C'est alors qu'après l'avoir passée soigneusement à l'éther pour la dégraisser, la décaper, sur la lame où on l'avait préalablement étalée, on aperçoit à l'œil nu, par transparence, la trace indiscutable... d'un fragment de compresse.

La « membrane » est alors passée sous un courant d'eau chaude, et ce n'est qu'au bout de dix minutes qu'on peut dégager de cette gangue adhérente, grasse, et lisse, *toute une grande compresse*, d'environ 35 cm de long sur 12 de large, à peine détériorée par ce séjour de plusieurs années dans la cavité abdominale.

Examen de la poche ouverte

L'intérieur de la poche est régulier et lisse, comme l'intérieur d'un kyste. La paroi a une épaisseur régulière de 1/2 mm environ. Elle est parcourue par transparence de nombreux vaisseaux, vaisseaux propres, indépendants de l'enveloppe épiploïque restée partiellement adhérente à la surface du kyste.





Examen histologique. Dr Papin, 12 novembre 1931.

La paroi du pseudo-kyste est formé de tissu conjonctif. On peut distinguer un plan *moyen*, fibreux, dense, pauvre en éléments cellulaires.

Une couche *interne* où les fibres conjonctives sont moins étroitement unies, où les faisceaux reliés entre eux sont séparés par des intervalles plus ou moins comblés par des fibroblastes.

La face interne est couverte de débris cellulaires parmi lesquels on trouve des leucocytes et des cellules vacuolaires renfermant un petit noyau.

Quelques masses plasmodiales sont étalées à la surface.

Le plan *externe* est formé par du tissu conjonctif lâche, fibrillaire où courent de nombreux vaisseaux dont quelques-uns atteignent de notables dimensions.

Des capillaires, émanant de ces vaisseaux, se retrouvent dans le plan où ils rampent à la surface.

On pourrait trouver étonnant de placer à côté des autres kystes du grand épiploon cette curieuse tumeur qui n'est, somme toute, qu'une coque inflammatoire autour d'un corps étranger, mais, remarque le Dr Thouvenin: « Sous la réserve qu'il faut l'étiqueter de faux kyste, analogue aux faux kystes hématisques qui ne sont, après tout, que des hématomes enkystés, il me semble que cette observation trouve sa place dans votre travail. »

Parce que:

Cliniquement

Cette tumeur se présente comme un kyste abdominal,

comme un kyste du grand épiploon ordinaire, tuméfaction liquide, chronique froide, mobile dans la cavité abdominale;

qu'il détermine par sa présence,
son poids,
le tiraillement de ses pédicules,
l'irritation du péritoine,

les mêmes troubles fonctionnels que n'importe quel kyste du grand épiploon, s'il authentique qu'il soit, c'est-à-dire néoplasme liquide tapissé intérieurement ou non d'un épithélium continu;

Que, toujours envisagé du même point de vue clinique, ce faux kyste peut prêter aux mêmes erreurs d'interprétation qu'un vrai;

Qu'il peut être exposé aux mêmes complications (torsion, rupture, nécrose).

Opératoirement,

Qu'il se présente de la même façon que les autres et que son exérèse nécessite la même technique, les mêmes manœuvres, les mêmes soins d'hémostase.

A l'examen de la pièce,

Il se présente comme un vrai kyste, même non épiploïque, même non abdominal, avec sa paroi régulière, ayant une vascularisation propre.

Histologiquement, enfin

Sans doute qu'une couche d'endothélium continue n'en tapisse pas la surface interne, mais quand on étudie l'examen histologique des parois de la plupart des kystes uniloculaires publiés, on a l'impression qu'à partir d'un certain volume les vrais kystes n'ont pas

d'endothélium. Ils n'ont qu'une paroi fibreuse, plus ou moins vascularisée, et c'est là, justement, le résultat de l'examen de la paroi du faux kyste présente.

Et puisqu'à tous les moments de son histoire *clinique, opératoire, post-opératoire*, et jusque *sous le microscope*, si l'on n'en connaissait pas par ailleurs la genèse par trop évidente, on pourrait hésiter sur la nature exacte de la poche kystique, il semble tout naturel de placer au titre de « faux kyste inflammatoire autour d'un corps étranger » l'observation dont je vous ai communiqué le détail ».

ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE

Maintenant que nous avons étudié successivement les caractères propres de chacune des variétés de kystes de l'épiploon, il importe avant d'aborder le chapitre *clinique* de situer le kyste par rapport au contenu de la cavité abdominale.

Faisant abstraction de sa nature, dermoïde, hémattique, séreux — vrai ou faux — ne voyons plus maintenant qu'une poche liquide plus ou moins volumineuse, dépendant de l'épiploon, froide, et libre dans le ventre.

Si nous considérons son siège par rapport à l'épiploon et par rapport à la cavité abdominale, nous remarquons que :

1° *Par rapport à l'épiploon*, la tumeur peut être :

a) pédiculée, ce qui est rare (2 cas seulement ;

b) sessile ; dans ce cas ou bien l'épiploon peut être encore reconnaissable, ou bien la tumeur avoir pris sa place (l'épiploon a disparu en tant qu'organe indépendant, la tumeur a englobé, s'est incorporé l'épiploon).

En général, la tumeur a de riches connexions vasculaires avec l'épiploon, puisque nous trouvons une seule observation, celle de Duval (Obs. XXXVII), où à l'intervention on n'eut pas à poser de ligatures.

2° *Par rapport à la cavité abdominale*, la tumeur se trouve :

- a) juste derrière la paroi, entre la paroi et les anses intestinales;
- b) le plus souvent dans la région ombilicale;
- c) rarement dans une fosse lombaire;
- d) quelquefois dans le petit bassin;
- e) quelquefois remplit toute la cavité, (jeune enfant forme ascitique.)

Rapports avec les autres organes abdominaux

Le kyste du G. E.:

Ne comprime pas les organes, mais glisse sur eux.

Peut atteindre un volume considérable (semblable à un kyste de l'ovaire), sans déterminer le moindre signe de compression localisée.

Ne détermine vraiment de troubles que lorsque le volume devient excessif, et alors il y a plutôt gêne des organes thoraciques par refoulement du diaphragme, mais pas de gêne des organes abdominaux; pas de circulation collatérale, pas d'œdème des membres inférieurs, dont la gracilité en effet contraste dans la plupart des observations avec le volume considérable du ventre.

ETIOLOGIE

Age. — De la lecture des observations, la seule notion étiologique qui nous paraisse se dégager avec quelque netteté est la *fréquence relative des kystes du G. E. dans l'enfance*, et même dans la première enfance. Ne tenant pas compte des faux kystes, nous avons trouvé 29 observations de kystes du G. E.; sur ces 29 observations 12 concernant des enfants de moins de 15 ans, et sur ces 12, 5 enfants de 2 ans 1/2 à 4 ans.

Sexe. — La notion de fréquence suivant le *sex*e apparaît moins nettement; pourtant le sexe féminin semble plus prédisposé, puisque nous notons sur ces 29 observations, 18 femmes pour 11 hommes.

La notion de *traumatisme*, notée dans 3 faux kystes (hématomes enkystés) ne semble jouer qu'un rôle secondaire dans les autres, soit en attirant l'attention sur un kyste préexistant, soit que ce fut sa transformation hématique sous l'action du traumatisme qui l'extériorisa cliniquement. Dans l'observation de Rochard (Obs. XXVI) la tumeur apparut peu après un traumatisme. L'opération jugea que sous l'action de ce traumatisme, il y avait eu transformation hématique du kyste du G. E. dont l'existence était méconnue.

Les autres notions étiologiques, antécédents, tuberculose, syphilis, ne semblent jouer aucun rôle.

ETUDE CLINIQUE

I. — FORME CLASSIQUE : TUMEUR ABDOMINALE

Dans la plupart des observations de kystes du G. E. de l'adulte la présence du kyste ne détermine pas de troubles fonctionnels appréciables, tant que le kyste n'a pas atteint un certain volume, et c'est généralement l'augmentation de diamètre du ventre qui attire l'attention du malade.

On note alors :

A l'inspection, puis à la palpation : une tumeur généralement arrondie, ovulaire, à grand axe vertical, le plus souvent médiane, para-ombilicale, paraissant située juste derrière la paroi, indolore, assez bien limitée, rénitente, assez mobile. Il semble que sa mobilité dans le sens latéral soit plus marqué que dans le sens de la hauteur. Enfin elle ne suit pas les mouvements respiratoires.

A la percussion : cette tumeur est mate dans toute son étendue, séparée par une zone sonore de la matité du foie et de celle de la rate. Une zone de sonorité existe également entre la tumeur et le pubis, et les flancs sont sonores.

De sorte que la matité de la tumeur est encadrée entièrement par la sonorité normale de l'abdomen.

Diagnostic. — Le diagnostic a pourtant rarement été fait (dans un cas seulement, Obs. XXVI); surtout, peut-être parce qu'étant donnée la rareté extrême des tumeurs du G. E. on n'y pensait pas.

S'il est facile de faire le diagnostic d'une tumeur liquide, mobile, rénitente, et de dire: kyste intra-abdominal, par contre il est souvent malaisé de préciser aux dépens de quel organe il s'est développé.

Un *kyste hépatique* a une malité qui se continue avec celle du foie.

Un *kyste du pancréas* est immobile et s'accompagne de signes généraux (amaigrissement, etc...).

Un *kyste du mésentère* a une mobilité assez grande comme le kyste du G. E., mais comme en général, des anses intestinales s'interposent entre la tumeur et la paroi abdominale antérieure, la percussion de celle-ci donne de la sonorité au niveau de la tumeur.

Chez l'homme *par exclusion*, on pourra donc penser à un kyste du G. E.

Mais chez la femme il ne sera pas toujours facile d'éliminer le *kyste de l'ovaire*, à moins qu'il ne s'agisse d'un kyste haut situé ou dont on aura pu suivre l'évolution de haut en bas.

II. — FORME SIMULANT L'ASCITE

C'est là une forme très fréquente chez l'enfant, et d'autant plus fréquente qu'il s'agit d'un enfant plus jeune. Nous la trouvons notée dans presque toutes celles des observations qui concernent les jeunes enfants:

Boyd. — Obs. XII: 11 ans.

Young. — Obs. XIII: 9 ans 1/2.

Pybus. — Obs. XIV: 4 ans.

Chez la malade de Marfan: fille de 4 ans 1/2, l'abdomen est tendu, vergeturé, complètement mat, donnant à la percussion la sensation de flot, et tranche par son volume sur la maigreur du reste du corps. C'est là tout à fait le tableau de la péritonite tuberculeuse à forme ascitique.

De même la petite malade de Seefish, Obs. XXIV. Nous avons noté une seule fois (Mathews, Obs. XXII) que ce *gros ventre*, d'aspect *ascitique*, donnant la sensation du flot, était sonore dans les flancs.

Diagnostic. — Evidemment c'est à la *péritonite tuberculeuse* que l'on pense en pareil cas.

Mais peut-être alors pourrait-on envisager l'hypothèse d'un kyste volumineux du G. E.:

1° Si l'on parvenait à préciser que le ventre a toujours été gros depuis la naissance.

2° Si la ponction ramène un liquide hématique ou séro-hématique (ce qui est exceptionnel dans la bacillose).

On note en effet, que presque toujours ces gros kystes du G. E. de l'enfance qui simulent l'ascite, sont des kystes séro-hématiques.

Tumeur abdominale et franchement abdominale, chez l'adulte.

Aspect d'une grosse ascite chez l'enfant, telles sont les deux formes cliniques habituelles.

III. — FORME PELVIENNE

Plus rarement la tumeur ne se révèle qu'au toucher

vaginal ou rectal. On trouve une tumeur rénitente, juxta-utérine (Holleman, Obs. XXXVI).

Le diagnostic avec le *kyste de l'ovaire* est alors à peu près impossible.

IV. — FORME A SYMPTOMES URINAIRES

Une autre forme est celle qui s'accompagne de troubles urinaires (dysurie, pollakiurie) avec tous les symptômes d'une *vessie distendue*: tumeur médiane, fluctuante, abdomino-pelvienne, mais le cathétéisme montre que la vessie est vide.

C'est sous cette forme que s'est présenté le faux kyste du G. E. dont nous rapportons l'observation.

DIAGNOSTIC DE LA VARIÉTÉ

Seul le *kyste hydatique* pourrait être décelé (réaction de Weinberg, éosinophilie). Mais nous avons systématiquement éliminé les kystes hydatiques de cette étude.

La vraie nature des autres (dermoïdes, séreux, séro-hématiques), ne peut être que soupçonnée avant l'intervention. Il y aura par exemple une probabilité de kyste hématique si le kyste s'est développé rapidement même sans traumatisme.

Les faux kystes hématiques peuvent être reconnus quand l'apparition de la tumeur liquide s'est faite comme dans l'observation de Pierre Duval (Obs. XXXVII) après un traumatisme abdominal, surtout quand ce traumatisme s'est accompagné d'un épanchement qui fut reconnu hémorragique à la ponction.

COMPLICATIONS

La vraie complication de ces kystes est la *compression abdominale* et surtout *abdomino-thoracique* (dyspnée) qu'ils déterminent quand ils ont atteint, surtout chez l'enfant un volume considérable.

Les autres complications sont vraiment exceptionnelles. Signalons pourtant:

la rupture,

la torsion,

la perforation.

La rupture est signalée dans l'observation de Chalié (Obs. XXIX). Un homme porteur depuis de longues années d'un gros ventre voit à la suite d'un traumatisme son ventre s'affaïsser et devenir douloureux. Douze jours après, une intervention montre la rupture d'un kyste du G. E. Mais cet accident nous ne le trouvons signalé qu'une fois sur 36 observations.

Nous ne trouvons également:

La torsion signalée qu'une fois (Rouffart, Obs. XV). « Le pédicule ressemblait à un cordon ombilical, il était tordu plusieurs fois sur lui-même. » Cette torsion ne s'était accompagnée d'ailleurs d'aucun symptôme dramatique, menaçant.

La perforation est signalée une fois (Zeno, Obs. VIII). A l'intervention on trouva du pus dans le ventre et un

kyste portant une perforation de 6 mm de diamètre, à contours irréguliers. On avait porté le diagnostic d'appendicite aiguë.

Nous n'avons trouvé les autres complications :

Infection de la poche,

Nécrose,

Dégénérescence néoplasique, .

signalées dans aucune observation.

TRAITEMENT

Le traitement est et ne peut être que chirurgical:

L'*ablation de la poche*, qui se fait en général assez facilement, même lorsque, ce qui est d'ailleurs la règle, le kyste n'est pas pédiculé. En général il n'y a pas lieu de rechercher de plan de clivage dans l'épaisseur de l'épiploon, lequel bien souvent fait corps avec le kyste. Il suffit de le désinsérer, après plusieurs ligatures, le G. E. lui-même de ses attaches au colon transverse.

Dans un cas (cas de Pierre Duval, obs. XXXVI), il n'y eut pas de ligature à mettre.

Ce n'est que lorsque, chez un malade fatigué, on trouve un kyste adhérent, que sera autorisée la *marsupialisation* de la poche. Cette marsupialisation a été faite 2 fois. Les malades ont d'ailleurs guéri.

Le pronostic de ces traitements est extrêmement favorable, puisque sur 32 cas nous trouvons seulement une mort.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

des cas publiés jusqu'à ce jour de kystes du G. E.

I. KYSTES DÉRMOÏDES

OBSERVATION I

(In Lebert. Traité d'anatomie pathologique 1887).

EN 1734, RUYSH trouva dans l'épiploon d'une femme hydropique une tumeur de la grosseur du poing, renfermant de la graisse et des poils.

OBSERVATION II

(In Lebert).

EN 1792, LAFLIZE rencontre dans l'épiploon d'une fillette de 15 ans une tumeur qui contenait des cheveux et des dents.

OBSERVATION III

(In Lebert).

HIGHMORE, 1818. — *Tératome kystique du G. E.*

Jeune homme de 16 ans.

Autopsie: Tumeur occupant l'épigastre, l'ombilic et

l'hypocondre gauche, et qui contenait des poils, un rachis, un intestin, deux membres supérieurs, un inférieur avec six orteils difformes et un cordon ombilical près de l'insertion duquel se trouvait un gros vaisseau rompu.

OBSERVATION IV

TARUFFI, 1886. — *Kyste dermoïde du G. E.*

Chez une femme, Taruffi découvre un kyste dermoïde épiploïque dans lequel il trouva une poignée de cheveux et une masse sébacée.

OBSERVATION V

ABBÉ, 1895.

Femme adulte présente les symptômes d'un kyste de l'ovaire.

Après avoir enlevé un kyste de l'ovaire à cette malade, Abbé trouva un second kyste dermoïde. Celui-ci était situé très haut et attaché au G. E. n'adhérant ni à l'ovaire ni à l'intestin. Il mesurait 4 inches, c'est-à-dire 10 cm. de diamètre et contenait des touffes de cheveux, des matières sébacées, et même des dents.

OBSERVATION VI

LIPSCHER, 1905.

Lipscher faisant une laparotomie chez une femme de 45 ans pour une rate mobile, trouva au lieu de l'affection précédente un kyste dermoïde pédiculé du G. E.

OBSERVATION VII

H.-E. WEBB JOHNSON. — *Embryome kystique du G. E. rappelant un calcul urétéral.*

Femme de 40 ans, se plaint de crises douloureuses dans le flanc gauche, avec irradiation vers la région inguinale, un peu d'irritabilité vésicale, mictions douloureuses et fréquentes. L'urine contient du pus avec bacillis coli communis, mais sans globules rouges.

Radiographie: Pas de calculs dans la région rénale, mais dans le bassin on note une ombre de forme irrégulière, du volume d'une prune.

Cystoscopie: Vessie normale, orifices urétéraux sains, sauf un léger degré de congestion de la muqueuse. La radiographie de la sonde opaque montre que l'ombre n'a aucun rapport avec l'uretère.

Laparotomie: Ovaires sains. On trouve une petite tumeur dure, irrégulière, mobile, attachée en haut au sommet de l'épiploon et en bas à la paroi postérieure de la vessie.

A la coupe: la tumeur est une tumeur mixte avec une partie kystique et une autre partie dure, osseuse, calcifiée. La partie kystique contenait une masse de cheveux et de matières sébacées.

Pas d'examen histologique.

Suites opératoires: Guérison.

OBSERVATION VIII

A. ZENO, 1930. — *Kyste dermoïde du G. E. avec perforation spontanée.*

Femme 62 ans, souffrant de digestions laborieuses depuis l'âge de 22 ans, Douleurs vives à l'épigastre avec vomissements bilieux, par périodes. Depuis 10 ans, les douleurs apparaissent sous forme de coliques dans le flanc droit. Plusieurs fois, on fit le diagnostic de *lithiase*

biliaire. Puis à la suite d'une crise douloureuse dans la fosse iliaque droite, on fit le diagnostic d'*appendicite aigue*.

Intervention: A l'incision de Mac Burney, il s'écoule un peu de séro-pus, contenant du colibacille. Aucune lésion à l'appendice. Fermeture partielle de la plaie et drainage. On fait alors une incision sus-ombilicale médiane. Estomac et duodénium normaux, vésicule sans calcul. Pensant à une pancréatite, on soulève le G. E. et on découvre à sa face postérieure, un kyste du volume d'une mandarine, qui porte une perforation à contours irréguliers de 6 mm. de diamètre. Résection du kyste et de l'épiploon adjacent. Fermeture sans drainage.

Examen de la pièce: Kyste dermoïde contenant de la matière sébacée et dont la paroi était en partie calcifiée.

Suites opératoires: Guérison.

II. KYSTES SÉREUX

OBSERVATION IX

GOODING, 1887. — *Kyste de l'épiploon*.

Jeune fille de 22 ans sent se développer son abdomen depuis environ 4 ans, une grosseur qui atteint actuellement le volume d'une tête d'enfant. Depuis quelques mois, cette grosseur jusqu'ici mobile et indolore, semble s'immobiliser.

On diagnostique: kyste de l'ovaire à long pédicule.

Intervention: Kyste de l'épiploon.

Suites opératoires: Guérison. Revue 17 mois après son opération.

OBSERVATION X

JESSETT, 1897. — *Kyste multiloculaire de l'épiploon.*

Femme adulte présente une tumeur abdominale ressemblant à un kyste de l'ovaire.

Intervention: On trouve un gros kyste de l'épiploon à contenu riche en cholestérine.

Suites opératoires: Guérison.

OBSERVATION XI

HEARN, 1897. — *Kyste congénital multiloculaire de l'épiploon.*

Garçon de 8 ans. — Abdomen nettement volumineux à la naissance. L'augmentation de volume s'atténue, puis l'abdomen recommence à grossir d'une façon anormale vers 4 ans. On soupçonne un kyste du G. E. à cause du manque de symptômes.

Intervention: Gros kyste verdâtre développé entre les feuillets du G. E. Ablation.

Suites opératoires: Guérison.

OBSERVATION XII

BOYD, 1913. — *Kyste uniloculaire du G. E.*

Garçon, 11 ans. — Augmentation régulière du volume de l'abdomen, vomissements fréquents; dyspnée pro-

gressive. On pense à une ascite, ou à un volumineux kyste du rein.

Intervention: Gros kyste du G. E. à parois très minces, contenant un liquide brun verdâtre. Ablation.

Suites opératoires: Guérison.

OBSERVATION XIII

YOUNG, 1905. — *Kyste multiloculaire du G. E.*

Fillette 9 ans 1/2. — L'abdomen a toujours été volumineux et saillant. Augmentation régulière, progressive, depuis quelques temps. On pense à une péritonite tuberculeuse.

Intervention: Gros kyste multiloculaire, intra-épiploïque. Etant donné le mauvais état général de la petite malade, on se contente de l'inciser et de le marsupialiser.

Suites opératoires: Guérison. Revue plus tard en bonne santé.

OBSERVATION XIV

PYBUS, 1917. — *Kyste uniloculaire partiellement cloisonné.*

Fillette 4 ans. — Augmentation progressive du ventre depuis l'âge de 9 mois. Cinq ponctions ont été faites à des intervalles assez éloignés. Liquide ascitique. Cette enfant est considérée comme atteinte de péritonite tuberculeuse à forme ascitique.

Intervention: Gros kyste du G. E., à parois minces, kyste uniloculaire partiellement cloisonné.

Examen histologique: Paroi fibreuse, sans revêtement épithélial interne.

Suites opératoires: Guérison.

OBSERVATION XV

ROUFFART, 1925. — *Volumineux kyste séreux multiloculaire de l'épiploon.*

Femme 35 ans, vient consulter pour des troubles abdominaux datant de plusieurs années.

A l'examen: ventre volumineux. L'examen permet de constater deux tumeurs.

1° l'une dure, faisant corps avec l'utérus, et qui est indiscutablement un fibrôme utérin.

2° l'autre molle, rénitente, volumineuse et qu'on suppose être un kyste de l'ovaire.

Des symptômes de compression dûs surtout à cette seconde tumeur (circulation collatérale, œdème des membres inférieurs, dyspnée, etc...), font accepter l'intervention refusée au cours d'un premier examen, au cours duquel la tumeur juxta-utérine n'avait que le volume d'un œuf d'autruche, alors qu'actuellement elle remplit le ventre.

Intervention: Montre que la tumeur extra-utérine est un kyste volumineux du G. E. Ce kyste est formé d'un ensemble de poches à parois minces, à contenu séreux, relié à l'épiploon par un pédicule présentant assez l'aspect d'un cordon ombilical. Ce pédicule s'attache à la face profonde du G. E. par un bord libre. C'est un pédicule long d'environ 30 cm. et tordu sur lui-même un grand nombre de fois. Ablation simple de la tumeur épigastrique par simple section après ligature du pédi-

culé. Hystérectomie subtotale. Appendicectomie. Appendice très long, coudé, sinueux, rempli de matières fécales. Fermeture sans drainage.

Examen de la pièce: Le kyste pèse 10 kg., il est formé par une agglomération de kystes non réunis par une coque commune; en sorte qu'ils glissent les uns sur les autres et s'étalent facilement. Les cavités kystiques sont remplies d'un liquide séreux, clair incolore. Elles sont tapissées par des cellules cylindriques disposées en une seule couche régulière. Les parois sont formées d'une membrane conjonctive, plus ou moins épaisse, de tissu réticulé lâche, à cellules allongées, souvent étoilées le plus souvent fusiformes, formant des mailles dans lesquelles se trouve un liquide dépourvu d'éléments figurés. On n'y trouve ni globules blancs, ni granulations graisseuses. Ça et là se rencontrent des vaisseaux délicats ou à lumière très large dont la caractéristique est d'être à parois très minces, constituées d'un simple endothélium qui s'appuie sur du tissu conjonctif un peu plus dense que le reste de la membrane. Le revêtement épithélial de la surface kystique est plus ou moins cylindrique, atypique, généralement dégénéré. Le côté péritonéal est recouvert d'une fine membrane cellulaire qui a perdu les caractères du péritoine. Il n'y a aucune trace d'infiltration inflammatoire ni de nécrose. Il s'agit en somme d'une hypertrophie colossale des éléments constitutifs de l'épiploon avec dégénérescence kystique de ceux-ci et transformation de l'endothélium péritonéal en un revêtement cellulaire tantôt aplati, tantôt prismatique.

Suites opératoires: Simples. La guérison se maintient depuis 12 ans.

OBSERVATION XVI

M. DE HARVEN, 1927. — *Volumineux kyste multiloculaire du G. E.*

Malade vient consulter pour:

1^o Augmentation de volume du ventre.

2^o Douleurs dans la fosse iliaque droite.

A l'examen on sent une tumeur molle, rénitente, volumineuse, ne se déplaçant pas.

Le diagnostic est hésitant entre: péritonite bacillaire et kyste du mésentère.

Intervention: On trouve un énorme kyste multiloculaire développé entre les deux feuillets du G. E. Ablation totale du G. E. et de son contenu.

Suites opératoires: Guérison.

OBSERVATION XVII

P.-M. GRANSMAN et H.-L. JAFFRE. — *Lymphangiome kystique du G. E.*

Homme de 44 ans, souffre depuis plusieurs mois de la fosse iliaque gauche, et de troubles digestifs vagues.

A l'examen: On ne constate qu'une sensibilité diffuse du ventre.

Intervention: Grosse masse kystique attachée au colon transverse et à la face inférieure du foie, et développée aux dépens du G. E. dont on ne trouve plus de traces normales. Ablation.

Examen de la pièce: La masse enlevée est formée d'une multitude de petits kystes de volume différent

remplis de liquide gélatineux, avec très peu de tissu graisseux épiploïque intermédiaire. Entre les kystes, on trouve un tissu tantôt mou et rappelant le lymphangiome de la peau, tantôt plus dur et œdémateux.

Examen histologique: Développement considérable de canaux lymphatiques de néo-formation, à revêtement épithélial hyperplasié. Dans les cavités kystiques même, l'épithélium était aplati ou détruit. Au-dessous de l'épithélium était une infiltration lymphoïde diffuse rappelant les follicules lymphatiques.

Suites opératoires: Guérison.

III. KYSTES HÉMATIQUES

A. — *Kystes séreux devenus hématiques*

OBSERVATION XVII

PÉAN, 1873. — *Kyste du G. E. (1^{re} observation de kyste hématique du G. E. opéré).*

Femme 40 ans, tumeur abdominale. On diagnostique un kyste de l'ovaire.

Intervention: Dès l'ouverture du ventre il s'écoule un liquide ascitique (environ 6 l.). Bientôt apparaît un kyste volumineux à parois bleuâtres, dont une ponction extrait environ 18 litres de liquide brun chocolat. Ce kyste est implanté par son pôle supérieur dans le G. E., qui par ailleurs l'enveloppe de toutes parts. Il est extrait après ligature en chaîne de la partie supérieure du G. E.

Suites opératoires: Guérison.

OBSERVATION XIX

EDEBOHLS, 1893. — *Kyste monoloculaire du G. E.*
Femme 37 ans, remarque que depuis environ 8 mois son ventre grossit.

Intervention: Kyste monoloculaire, contenant un liquide couleur chocolat, appendu par un large pédicule au bord inférieur du G. E.

Suites opératoires: Guérison.

OBSERVATION XX

BRANDT, 1894. — *Kyste monoloculaire hématiche du G. E.*

Jeune fille 15^e ans, présente une tumeur abdominale remontant jusqu'à l'ombilic, rénitente, indolore et mobile.

Intervention: Kyste du G. E. à contenu hématiche, libre dans le ventre.

Examen de la pièce: Contenu, liquide noirâtre.

Examen histologique: Paroi fibreuse, arrez riche en cellules, tapissée à l'extérieur d'une seule couche épithéliale.

Suites opératoires: Guérison.

OBSERVATION XXI

MARFAN, 1896.

Fillette de 4 ans 1/2. Est née avec un ventre dont la grosseur a frappé les parents. Cette augmentation de volume de ventre persiste depuis, allant en s'accroissant

d'année en année. Quand M. Marfan la voit, le ventre est énorme, contrastant avec la maigreur des membres. La peau du ventre est tendue, sans circulation collatérale, l'ombilic déplissé. A la percussion, matité complète, sauf à l'épigastre qui est sonore. La sensation de flot est perçue à la moindre chiquenaude. Le diagnostic d'ascite est posé, mais il n'y a aucun antécédent tuberculeux. Une ponction est faite qui évacue 2 litres de liquide noirâtre. Après une amélioration passagère le ventre augmente de nouveau en même temps que la fièvre apparaît. On fait une deuxième ponction. Puis on décide d'opérer cette enfant.

Intervention: On se trouve en présence d'une poche ressemblant à une agglomération d'anses intestinales dilatées et enflammées.

Cette poche n'est autre que le G. E. transformé en un kyste multiloculaire, renfermant de la sérosité sanguinolente.

Examen histologique: Paroi formée de tissu conjonctif adulte infiltré de cellules embryonnaires, sans revêtement endothélial. En somme kyste séro-sanguin du G. E. probablement d'origine congénitale.

Suites opératoires: Guérison. Enfant revue 14 mois plus tard en parfait état.

OBSERVATION XXII

MATHEWS, 1905. — *Kyste du G. E.*

Garçon 8 ans. — Se plaint du ventre depuis 9 mois en même temps que le ventre augmente de volume, et que l'enfant devient de plus en plus dyspnéique. La peau du ventre est parcourue par une grosse circulation

collatérale. Le ventre est mat, sauf dans les flânes, sensation de flot. Deux ponctions successives n'amènent qu'une amélioration passagère. On finit par décider une intervention chirurgicale.

Intervention: Volumineux kyste du G. E. à contenu brun foncé.

Examen histologique: Un fragment de la paroi est étiqueté tissu lymphangiomateux.

Suites opératoires: Guérison.

OBSERVATION XXIII

FORT, 1907. — *Kyste multiloculaire hématique.*

Fillette 2 ans 1/2. — Depuis l'âge de 18 mois, cette enfant a un gros ventre, qui augmente et qui la fait souffrir.

Intervention: Kyste hématique de l'épiploon, ayant l'apparence d'une volumineuse anse intestinale distendue et en voie de sphacèle.

Suites opératoires: Guérison.

OBSERVATION XXIV

SEEFISH, 1909. — *Gros kyste hématique monoloculaire du G. E., d'origine péritonéale.*

Enfant de 4 ans. — Abdomen volumineux depuis 2 ans. Le volume du ventre contraste avec l'amaigrissement du thorax et des membres. On diagnostique une ascite d'origine tuberculeuse et on décide la laparotomie exploratrice.

Intervention: Enorme kyste du G. E. à parois minces,

bleuâtres, contenant environ 3 litres de liquide hémattique.

Examen histologique: Paroi faite de tissu conjonctif recouverte sur ses deux faces d'un endothélium. Il est probable qu'il s'agissait là d'un kyste épithélial du G. E., à point de départ péritonéal.

Suites opératoires: Guérison.

OBSERVATION XXV

MESSA, 1911. — *Kyste uniloculaire, hémattique du G. E.*

Femme 22 ans, voit son ventre se développer progressivement depuis 3 mois. Pas de retard de règles. Ne souffre pas.

A l'examen bimanuel, on sent dans le ventre une tumeur rénitente, régulière, arrondie, médiane, mobile. On pense à un kyste de Povaire.

Intervention: Kyste volumineux du G. E. à contenu sanguin.

Suites opératoires: Guérison.

OBSERVATION XXVI

ROCHARD, 1912. — *Gros kyste monoloculaire séro-hémattique du G. E.*

Homme 23 ans. — Fait il y a 10 jours un gros effort pour soulever un fardeau dont il n'avait pas prévu le poids, ressent au bout de son effort, en même temps que la satisfaction légitime d'être arrivé à ses fins, une douleur dans le ventre. La douleur s'atténue puis disparaît rapidement. Mais deux jours plus tard, il est

obligé de s'aliter avec de la fièvre et des frissons, une courbature générale et un ventre ballonné, lourd et douloureux. Il vient à l'hôpital 10 jours plus tard. M. Rochard constate chez cet homme qui n'a plus de température, ni aucun symptôme d'une inflammation péritonéale, les signes d'une tumeur liquide, intra-abdominale. On pense à un *kyste hydatique du foie*.

Intervention: Gros kyste du G. E.; à paroi mince, transparente, assez vascularisée, contenant un liquide séro-hématique clair.

Pas d'examen histologique.

Suites opératoires: Guérison.

OBSERVATION XXVII

MARINACCI, 1925. — *Kyste hématique du G. E.*

Fillette de 12 ans, est prise brusquement de douleurs violentes dans le ventre, sans vomissements ni température. Les douleurs se calment mais le ventre grossit. M. Marinacci est appelé 15 jours après le début des accidents. Il constate dans le ventre une tuméfaction grosse comme une tête d'adulte, arrondie, occupant la partie médiane du ventre; ses limites sont nettes, sa consistance élastique avec frémissement hydatique. On la sépare facilement de la rate et du foie. Elle est immobile avec les mouvements respiratoires. On pose le diagnostic de *kyste hydatique du mésentère*.

Intervention: Gros kyste de couleur rouge foncé, occupant tout l'espace compris entre l'estomac et le colon transverse. Les adhérences avec le méso-colon sont telles qu'il est impossible de l'énucléer. On se contente de le marsupialiser après avoir extirpé la majeure partie de la paroi kystique.

Le kyste était composé d'une cavité principale et de petites cavités secondaires contenant du sang. Le G. E. n'existait plus et la tumeur en occupait le siège.

Pas d'examen histologique.

Suites opératoires: Guérison.

OBSERVATION XXVIII

ISELIN, 1927. — *Hémo-lymphangiôme kystique du G. E.*

Homme adulte. — Tumeur très volumineuse développée à l'insu du malade et découverte à l'occasion de l'exploration de l'abdomen pour une maladie intercurrente. Pas de diagnostic préalablement posé.

Intervention: Kyste remplissant le ventre. Le pôle supérieur est en contact avec l'estomac, dédoublant le ligament gastro-colique; le pôle inférieur plonge dans le Douglas. Des vaisseaux énormes serpentent à la surface et l'artère gastro-épiploïque a le volume d'une fémorale. Extirpation facile, car il n'y avait qu'une adhérence limitée avec les tuniques de l'estomac.

Pas d'examen histologique.

Suites opératoires: Guérison. Reste guéri 4 ans. Mort accidentelle.

OBSERVATION XXIX

CHALIER, 1923. — *Kyste hématique du G. E. rompu dans la cavité abdominale.*

Homme 55 ans, est porteur depuis longtemps d'un gros ventre, mais l'augmentation régulière, progressive ne l'inquiète guère, car il n'en souffre pour ainsi dire

jamais. La saillie du ventre était notable pourtant et le malade marchait « en femme enceinte ». Un jour il tombe à plat sur ce gros ventre, qui s'affaisse, mais devient douloureux. Repos au lit, glace. Au 12^e jour, M. Chaliér appelé auprès du malade constate un ventre douloureux, distendu par un épanchement ascitique indiscutable, et conseille une intervention chirurgicale.

Intervention: A l'ouverture du ventre, il sort un liquide séro-hématique, on en évacue environ 5 à 6 litres. On découvre alors le kyste ratatiné, à peu près vide et perforé à son pôle inférieur. Libération facile sauf au niveau de l'estomac qui se déchire. Par prudence on fait une gastro-entérostomie au bouton.

Pas d'examen histologique.

Suites opératoires: Guérison, mais au bout d'un an réintervention pour ulcus développé au point où le kyste adhéraît. Libération difficile de l'estomac. La 1^{re} bouche est fermée. On fait une large anastomose gastro-jéjunale à Paiguille cette fois avec exclusion pylorique par un fil. Guérison.

II. FAUX KYSTES HEMATQUES DU G. E.

A. — Tumeurs kystiques

OBSERVATION XXX

SIMON, 1858. — *Sarcôme kystique du G. E.*

Homme 44 ans. — Entre à St-Antoine pour rétention d'urine (?). On le sonde. Le cathétérisme ne ramène rien. On constate une volumineuse tumeur abdo-

mino-pelvienne, s'étendant de l'ombilic jusqu'au bassin, de surface régulière, de consistance rénitente. Cette tumeur date de 12 ans, est diagnostiquée tumeur de l'épiploon. Ce malade meurt de choléra.

Autopsie: Tumeur du G. E. bleuâtre, de surface lisse, légèrement bosselée.

Ouverture: Poche fibreuse contenant dans ses 2/3 inférieurs du sang coagulé, mais dont le tiers supérieur était occupé par une masse grisâtre sillonnée de larges canaux pleins de sang et creusés de petites cavités renfermant des caillots.

Examen histologique: montra des noyaux et des corps fusiformes.

OBSERVATION XXXI

KÉEN, 1898. — *Sarcôme kystique du G. E.*

Homme 48 ans. — Il y a 15 mois on constata chez cet homme une tumeur dans le ventre, de la grosseur d'un œuf. Cette masse augmente de volume et finit par remplir l'abdomen, gêne la respiration, détermine de la dyspnée.

Intervention: Kyste hématique du G. E.

Examen histologique: Sarcôme mixte à prédominance de cellules rondes, devenu secondairement kystique par des hémorragies successives.

Suites opératoires: Guérison.

OBSERVATION XXXII

HASBROUCK, 1908. — *Enorme endothéliome kystique du G. E.*

Femme 50 ans, présente dans le ventre une tumeur dont l'apparition date d'environ un an.

Intervention: Volumineuse tumeur bleuâtre, entièrement enveloppée d'épiploon, ayant provoqué l'apparition d'un peu d'ascite. Ablation.

Examen de la pièce: Poids 40 livres. A la coupe elle contenait des petits kystes et des caillots sanguins.

Examen histologique: Endothéliome ou mieux mésothéliome.

Suites opératoires: Guérison.

B. HEMATOMES ENKYSTÉS

OBSERVATION XXXIII

ROUILLER, 1884.

Homme 76 ans, voit son ventre grossir progressivement depuis 2 ans. Il avait reçu 20 ans auparavant un coup de tampon de wagon dans l'hypocondre droit. Au bout de 6 mois, douleurs vives. Mort.

Autopsie: On trouve dans le flanc droit une volumineuse tumeur du G. E., rénitente, lisse, blanc rosée, à parois épaisses, de 2 mm. contenant un liquide noirâtre. Elle adhère au foie et au colon transverse.

Pas d'examen histologique.

OBSERVATION XXXIV

GALLEMAERTS, 1886. — *Kyste hématique de l'épiploon*.

Femme 76 ans, meurt peu de temps après son entrée à l'hôpital, où on l'avait transportée mourante.

Autopsie: On trouve l'épiploon gonflé par une masse arrondie, bleuâtre, incluse entre les 2 feuillets.

A la coupe cette masse apparaît comme un kyste divisé en loges de différentes tailles, contenant toutes des caillots de sang.

Examen histologique: Masse fibreuse englobant des caillots. Athérome vasculaire.

OBSERVATION XXXV

BUSH, 1896. — *Un cas d'hémorragie intra-épiploïque enkystée.*

Homme 25 ans. — Coliques abdominales assez vives dans le flanc gauche, depuis 4 jours seulement. On le met en observation pendant une semaine. Les douleurs persistent malgré tous les calmants. La température se maintient entre 38° et 39°. On diagnostique péritonite de cause indéterminée et on décide d'intervenir.

Intervention: On trouve un épiploon énorme, transformé en une masse rénitente et fluctuante, pleine de sang. Grosse hémorragie profuse pendant l'opération. Le malade succombe 2 jours après.

Autopsie: Révèle l'existence d'autres foyers hémorragiques, dont un rétro-péritonéal.

Pas d'examen histologique.

OBSERVATION XXXVI

HOLLEMAN, 1908. — *Kyste hématique du G. E. retiré par colpotomie.*

Femme 19 ans. — Souffre du ventre depuis 6 ans, principalement du côté gauche. Au toucher bi-manuel on sent au flanc gauche de l'utérus une masse arrondie, rénitente, mobile. On diagnostique un kyste de l'ovaire.

Intervention: Colpotomie. On retire un kyste à contenu noirâtre, appendu par un pédicule au bord inférieur du G. E.

Examen histologique: Paroi constituée par un tissu conjonctif pauvre en cellules. Pas d'épithélium à la face interne.

L'auteur pense qu'il s'agit d'une hémorragie intra-épiploïque enkystée.

Suites opératoires: Guérison.

OBSERVATION XXXVII

P. DUVAL, 1920. — *Kyste hémattique du grand épiploon.*

Homme 27 ans, cheminot, entre à l'hôpital pour un kyste intra-abdominal. Cinq mois et demi auparavant il a été serré entre les tampons de deux wagons. Deux ponctions pratiquées à 15 jours d'intervalle avaient ramené un liquide hémorragique. Le blessé avait ultérieurement repris son travail et c'est par hasard qu'ensuite on avait découvert un kyste intra-abdominal. A l'inspection du ventre, ni voussure, ni circulation collatérale.

A la palpation: Masse rénitente, à surface lisse, régulière située derrière la région ombilicale. De forme ovoïde, à grand axe vertical elle présente un pôle inférieur aminci, qui file jusqu'au détroit supérieur, parfaitement mobile, mate. Pas de trace d'ascite.

Diagnostic: Kyste soit du G. E., soit du mésentère.

Intervention: Volumineuse tumeur, bleuâtre, refoulant les anses grêles latéralement. On effondre ses adhérences et elle est enlevée sans qu'il soit nécessaire de poser aucune ligature. On remarque alors que le G. E. n'existe plus: la tumeur en avait exactement le siège et les connexions.

L'ouverture de la pièce donne issue à un liquide noirâtre et visqueux.

Examen histologique: Paroi constituée par une bande épaisse fibreuse, avec par places, dépôts de cristaux de cholestérine. Pas de revêtement épithélial sur la face interne. Contenu gélatineux ayant formé un dépôt important de globules rouges.

Il s'agit donc d'un kyste hématique du G. E. ou plus exactement d'un hématome enkysté.

Suites opératoires: Guérison.

CONCLUSIONS

I. — Les kystes non hydatiques du Grand Epiploon sont des tumeurs *rare*s qu'on observe plus fréquemment chez les enfants que chez l'adulte.

II. — On peut les classer en kystes *dermoïdes*, *séreux* et *hématiques*, ces derniers étant le plus souvent, d'ailleurs, des kystes séreux devenus spontanément, ou du fait d'un traumatisme souvent minime, secondairement hématiques.

III. — Ces différents kystes, que nous avons appelés les vrais kystes sont généralement *d'origine congénitale*. L'origine congénitale des kystes dermoïdes, d'ailleurs exceptionnels, n'est pas discutée; quant aux kystes séreux ou séro-hématiques, ce sont des *lymphangiomes*.

IV. — A côté des vrais kystes, se trouvent des *tumeurs* qui ont subi une transformation kystique hémorragique secondaire, les hématômes *enkystés*, les *faux kystes inflammatoires* développés autour d'un corps étranger dont nous relatons une observation inédite.

V. — Quelle qu'en soit la variété, ces tumeurs affectent avec l'épiploon, la cavité abdominale et les différents autres organes des *rapports* sensiblement les mêmes. Rarement pédiculés, presque toujours libres et mobiles dans la grande cavité péritonéale, ils ne déterminent en général aucun trouble de compression et ne deviennent vraiment gênants et douloureux que lorsqu'ils ont acquis un grand volume.

VI. — *Cliniquement*, nous avons distingué la *forme de l'adulte*, kyste abdominal dont il convient de faire le diagnostic avec les différents autres kystes de l'abdomen, tous plus fréquents que ceux du grand épiploon, et notamment les kystes du mésentère. Le diagnostic est particulièrement délicat chez la femme, où le kyste sera presque toujours pris pour un kyste de l'ovaire.

Puis la *forme de l'enfant*, qui est le plus souvent une forme simulant une grosse ascite et dont le diagnostic sera généralement celui d'une péritonite tuberculeuse. La ponction seule, amenant un liquide séro-hématique, pourra faire pencher le diagnostic vers celui du kyste du grand épiploon.

Les autres formes pelvienne et urinaire, sont beaucoup plus rares.

VII. — Les *complications* sont exceptionnelles puisque nous n'avons pu trouver qu'un cas de torsion, un autre de rupture, un autre de perforation.

VIII. — Le *pronostic* est assez bénin, mais leur augmentation progressive de volume peut à la longue dé-

terminer des troubles de compression abdomino-thoracique qui justifient l'intervention.

IX. — *Traitement.*

Le traitement est uniquement chirurgical: l'ablation qui est en général facile.

X. — *Le pronostic opératoire* est favorable.

Vu le Président,
OMBRÉDANNE.

Vu le Doyen de la Faculté,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABBÉ. — Kystes dermoïdes du G. E. et du péritoine pariétal.
- BOYD. — *Clinical Journal of London*, 1903, fasc. 21, p. 306.
- BRANDT. — *Centralblatt für Gynæk*, 1894, p. 991, un kyste de l'épiploon.
- BUSCH. — *Lancet*, 1896, p. 286, un cas d'hémorragie dans le grand épiploon.
- CHALIER. — *Presse Médicale*, 23 février 1923, Société de Chirurgie de Paris du 31 janvier 1923.
- CHANCENOTTE. — Kystes dermoïdes sous-péritonéaux, Thèse, Paris, 1903.
- EDEBOHLS. — *New York Journal Gyn. and Obst.*, 1893, p. 614.
- FORT. — *Annals of Surgery*, 1907, t. I, p. 382, Kystes de l'épiploon.
- GALLEMAERTS. — *Presse Médicale belge*, 1886, n° 14, Tumeur de l'épiploon.
- GAUTIER. — Contribution à l'étude des kystes séreux de l'abdomen, Thèse, Paris, 1927.
- GOODING. — *Lancet*, 1887, t. I, p. 311, Kyste du G. E.

GRANSMAN et H.-L. JAFFRE. — *New York Annals of Surgery*, vol. LXXXII, n° 1, janvier 1928, p. 66-75.

DE HARVEN. — *Presse Médicale*, 23 février 1927, Société belge de chirurgie du 29 janvier 1927.

HASBROUCK. — *Annals of Surgery*, 1908, t. II, p. 206.
Enorme endothéliome kystique du G. E.

HEARN. — *Annals of Surgery*, 1897, t. I, p. 703.

HOLLEMANN. — *Centralblatt für Gynæk*, 1908, t. I, p. 297,
un kyste de l'épiploon.

ISELIN. — *Presse Médicale*, 23 juillet 1927, Société des chirurgiens de Paris du 1^{er} juillet 1927.

ISSALÈNE. — Les kystes dermoïdes du G. E., thèse, Montpellier, 1914.

JESSETT. — *British Gynecology journal*, 1897, fasc. 12,
p. 156.

KEEN. — *Annals of Surgery*, 1898, t. I, p. 220, un sarcôme kystique de l'épiploon.

LEBERT. — *Traité d'anatomie pathologique*, 1887.

MARFAN, *Presse Médicale*, 1896, p. 133, Kyste multiloculaire du G. E.

MARINACCI. . . *Il Poleclinico* (Sc. praticia), an XXXII,
fasc. 10, 9 mars 1925, p. 344-346.

MATHEWS. — *British Medical Journal*, 1905, t. II, p. 1642.

MESSA. — *Gynecologia*, 1911, p. 255, Kyste de l'épiploon à contenu hématique.

OBERLIN. — Les kystes hématiques du G. E., *Revue de Chirurgie*, 1921, p. 216-233.

PÉAN. — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin, 1880.

PYBUS. — *Lancet*, 1917, p. 63.

ROCHARD. — *Bulletins de la Société de Chirurgie*, 1912, 24 avril, Kyste séro-hématique du G. E.

ROUFFART. — *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 5^e série, t. IV, n^o 1, 1924, p. 698-704.

ROUILLER. — Les kystes hématiques du péritoine (sauf l'hématocèle rétro-utérine). Thèse, Paris, 1884-85, n^o 217.

SEEFICH. — *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1909, t. II, p. 1790, un cas de gros kyste de l'épiploon chez un enfant de quatre ans.

SIMON. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1858, t. III, p. 30.

TARUFFI. — *Storia della Teratologia*.

WEBB JOHNSON. — *British medical Journal*, n^o 3352, 28 mars 1925, p. 598-599.

YOUNG. — *Lancet*, 1905, t. I, p. 157, Kyste multiloculaire congénital de l'épiploon.

ZENO. — *Bolietines y Trabajos de la Sociedad de Cirurgia de Buenos Aires*, t. XIV, n^o 25, 15 octobre 1930, p. 738-744.

